

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

46

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 18 novembre 1896, à 1 heure

PAR

ETIENNE DEVOIR

Né à Sens (Yonne), le 1^{er} juillet 1869,
Ancien externe des hôpitaux de Paris.
Médaille de bronze de l'Assistance publique,



CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

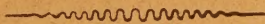
THROMBUS PUERPÉRAUX



Président : M. PINARD.

Juges : MM. { FOURNIER, professeur.
GAUCHER, VARNIER, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
différentes parties de l'enseignement médical.*



PARIS

PAUL DELMAR

29, RUE DES BOULANGERS

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

46

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 18 novembre 1896, à 1 heure

PAR

ETIENNE DEVOIR

Né à Sens (Yonne), le 1^{er} juillet 1869,

Ancien externe des hôpitaux de Paris.

Médaille de bronze de l'Assistance publique,



CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

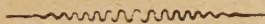
THROMBUS PUERPÉRAUX



Président : M. PINARD.

Juges : MM. { FOURNIER, professeur.
GAUCHER, VARNIER, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
différentes parties de l'enseignement médical.*



PARIS

PAUL DELMAR

29, RUE DES BOULANGERS

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL.
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Histoire naturelle médicale	N...
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Pathologie et thérapeutiques générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	N...
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée	LABOULBENE.
	STRAUS.
Clinique médicale.	DIEULAFOY.
	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
Maladie des enfants.	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale.	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
	BERGER.
Clinique des malad. des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Clinique d'accouchement	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. N...,

Agrégés en exercice.

MM. ACHARD	MM. GAUCHER	MM. MARIE	MM. SEBILEAU
ALBARRAN	GILBERT	MENETRIER	THIERRY
ANDRÉ	GILLE DE LA	NELATON	THOINOT
BAR	TOURETTE	NETTER	TUFFIER
BONNAIRE	GLEYS	POIRIER, chef	VARNIER.
BROCA	HARTMANN	des travaux	WALTHER
CHANTEMESSE	HEIM	anatomiques	WEISS
CHARRIN.	LEJARS	REITERER	WIDAL
CHASSEVANT	LETULLE	RÉMI	WURTZ
DELBET.	MARFAN	RICARD	
		ROGER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PINARD

Professeur agrégé de la Faculté de médecine,

Membre de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'Honneur



INTRODUCTION

Pendant l'année que nous avons passée comme externe à la Clinique Baudelocque, il nous a été donné, parmi les enseignements si précieux et si pratiques de notre Maître, Monsieur le Professeur Pinard, d'assister à une leçon magistrale sur les thrombus du vagin, leçon faite à l'occasion d'un cas de thrombus qui s'était présenté dans le service. Notre attention ayant été attirée sur ces tumeurs si rares et si intéressantes, par le cas en question et par un second qui s'est présenté quelques semaines plus tard, nous avons voulu rechercher quelques observations récentes sur ce point, et les accompagner des remarques si instructives de M. Pinard. En dehors des observations de la Clinique Baudelocque, nous en avons pu retrouver quelques-unes publiées dans le *Lyon Médical* et dans une Revue étrangère ;

nous y avons joint d'autres observations déjà publiées, mais qui nous permettaient d'élucider certains points de notre thèse.

Nous avons insisté surtout sur la question du *Mécanisme* de ces tumeurs, point qui nous a paru le plus controversé et le plus intéressant.

Qu'il nous soit permis, en présentant ce très humble travail, de remercier les Maîtres dont les Enseignements nous ont permis de terminer nos études médicales : M. le D^r Michaud nous a initié aux premiers éléments de la chirurgie dans le service de M. le D^r Labbé.

Nous avons eu pour Maîtres en médecine MM. les docteurs Beurmann, Babinski et Fernet; qu'ils nous permettent de leur offrir ici l'expression de nos plus sincères remerciements, et nous n'oublions point notre regretté Maître Juhel-Rénoy avec lequel nous avons passé quelques mois à l'hôpital Temporaire.

Nous avons trouvé en M. le Professeur Pinard le Maître le plus dévoué et le plus bienveillant. Nous tenons aujourd'hui à lui exprimer toute notre reconnaissance la plus sincère et la plus durable pour l'extrême bonté qu'il nous a toujours témoignée et dont il nous donne une preuve de plus en acceptant la présidence de notre thèse.

Terminons en remerciant nos amis les docteurs L. Brunet et A. Le Tellier de l'aide qu'ils nous ont apportée pour ce travail accompli dans de pénibles et difficiles circonstances.

HISTORIQUE

Il existe peu d'ouvrages didactiques sur les tumeurs sanguines ou thrombus ; la plupart des auteurs qui en ont traité se sont bornés à quelques observations suivies ou non de courtes réflexions. Sans vouloir déterminer si les quelques phrases d'Hippocrate sur « *certaines tumeurs survenant* » aux parties naturelles de la femme, dans les « couches ou à la suite des couches » ont bien rapport au sujet qui nous occupe actuellement, il faut bien convenir que ces courtes allusions ne peuvent, en aucun cas, nous donner d'éclaircissement sur la matière, et il faut arriver jusqu'en 1554, pour trouver les premières remarques intéressantes à ce sujet. C'est à cette époque, en effet, que J. Rueff, chirurgien de Zurich, fit paraître son Traité « de Generætione et conceptu hominis » où nous trouvons (livre VI) un chapitre sur le siège, les symptômes et le traitement des tumeurs sanguines :

« Quod si contigerit etiam inflationem aliquam,

» vel concretum in præputiis matricis sub ente
» apparere sanguinem, ex partus laboribus et
» difficultate obortum, venulis aut fibris ruptis
» propter dilatationem, ut fit, nimiam : vel inte-
» rus sumorali quis sanguineus enatus fuerit, qui-
» bus et infans et secundæ ante partum multum
» impediri solent ; eum tumorem, sive ante sive
» post partum apparuerit obstetrix, ubi materia
» tenuior et maturior visa fuerit, paro cultella
» incidat, concretum sanguinem exprimat, et
» inflationem deprimat quæ commatulata sunt
» abstergat, infantemque si nondum natus fuerit
» ut poterit producat. Pessarium deinde sæpe
» inserat, oleo rosanum deungat, et quotidie do-
» nec sanata fuerit obliget. Eo enim modo et nos
» non semel in his casibus progressi sumus. »

(De Generatione et Conceptu hominis, etc.,
lib. VI, feuillet 31 ; *Figurini* 1554.)

En 1734, J. H. Kranauer soutient à Bâle une
thèse en vue d'obtenir le titre de Docteur, thèse
ayant pour titre : « De tumore genitalium post
partum sanguinea. »

En 1806, Boër fait paraître le tome II de son ou-
vrage : « *Naturalis Medicinæ obstetrica, libri
septem* » dans lequel se trouve un chapitre assez
considérable « De fluxu quodam sanguinis in
puerperis ante incognito. »

En 1812, thèse d'Audibert, se bornant à relater huit observations de trombus.

En 1824, M. F.-J. Siebenhaar soutient à l'Université de Leipsick une thèse latine intitulée « Observationes de tumore vaginæ sanguineo ex partu abortivo. »

Legouais, dans le Dictionnaire des sciences médicales a fait un article assez complet sur le thrombus. Il cite notamment la possibilité où est le sang de se propager dans le tissu cellulaire très lâche du bassin, et de déterminer des hémorrhagies parfois dangereuses. Pour lui, d'ailleurs, les varices constituent la condition sine qua non de la production du thrombus.

De même pour Deneux, qui publia en 1830 une longue monographie sur la question, valable surtout par l'étude approfondie des symptômes et du traitement. Velpeau, d'ailleurs, a relevé dans cet ouvrage quelques faits erronés, entre autres celui d'avoir attribué à Ledran la création du mot *thrombus*, due, en réalité, à Legouais. Il conclut, à l'encontre de ses prédécesseurs, que la tumeur sanguine des grandes lèvres est fréquente à l'état de vacuité.

C'est à l'occasion de la thèse de Blot (1853) que fut, pour la première fois, mise en doute l'influence des altérations variqueuses des veines

sur la formation des thrombus, opinion, qui, depuis, fut souvent reprise et discutée à nouveau entre autres par Paul Dubois dans ses leçons (v. Laborie, Mémoire 1860, p. 22).

Nous ne ferons que citer le mémoire de Récamier dans le *journal de Médecine et de Chirurgie pratique*, (oct. 1855) et les thèses de Populus, (Paris 1857), de Vauclin, (Paris 1858), ouvrages qui ne nous apportent ni observations, ni données nouvelles, et nous arrivons en 1850, au mémoire de Laborie. Cet auteur, à la suite de recherches anatomiques fort délicates, sur les aponévroses et les loges fibreuses pelvi-génitales, a cru pouvoir reconnaître huit variétés de *thrombus*, d'après les rapports que ceux-ci affectent avec les différentes loges pelviennes. Tout en reconnaissant combien sont ingénieuses ces recherches et cette classification, il semble cependant difficile, et de par la clinique, et de par le raisonnement, de les faire concorder avec les faits. Les lames aponévrotiques du périnée, surtout à l'état de grossesse, ne seraient en aucun cas capables de retenir et de limiter un épanchement sanguin, même de peu d'importance, et d'après M. Perret (thèse, Paris 1864) qui, lors de son internat à la Maternité a eu souvent l'occasion en des autopsies d'étudier ces aponévroses, il est à

peu près impossible de retrouver les feuillets aponévrotiques isolés par Jarjavay.

Cet auteur a, d'ailleurs, fort soigneusement étudié le mécanisme et l'étiologie du thrombus, surtout du thrombus intra-pelvien ou profond. Sa thèse (Tumeurs sanguines intra-pelviennes. Paris 1864) est basée sur de très sérieuses observations et de curieuses expériences. Nous aurons plusieurs fois l'occasion de le citer dans le courant de cette étude ainsi que l'ouvrage de Hervieux (1870): (Des maladies puerpérales).

Signalons ensuite les thèses de Descomps (1871), Griffon (1872), Kuhn (Zurich 1874) et surtout celle de Girard qui date de la même époque, et contient, avec quelques observations nouvelles, un résumé assez précis de la question. La question de l'influence des varices y est discutée et fort contestée. Il en est de même dans le mémoire de Cazin en 1879 et la thèse d'agrégation de Budin (1880) sur les varices de la femme enceinte.

Enfin, en 1876, la thèse d'Uribe tente l'étude complète des hémorrhagies interstitielles, pouvant se produire aux organes génitaux de la femme. L'hématome de la vulve et du vagin, qui nous occupe actuellement, ne joue dans son ouvrage qu'un bien petit rôle ; cependant, nous y avons

trouvé quelques renseignements intéressants sur le mécanisme de l'hémorrhagie elle-même.

La littérature étrangère apporte également son contingent d'études sur cette question. Ramsbotham, en 1853, consacre un article au Thrombus dans le « *Medical Times and Gazette*. » Scanzoni en fait l'objet d'un chapitre dans son *Traité des « Maladies des organes sexuels de la femme »* ; Cushing, James, Heyswood, Smith en ont relaté diverses observations ; Churchill, (*Traité pratique des maladies des femmes*), semble vouloir enlever à Rueff la priorité des études sur le Thrombus pour en faire honneur à Macbride de Dublin (1776.)

Nous n'avons pas trouvé depuis la thèse d'U-ribe, de nouvelles monographies sur cette question, et les auteurs qui en ont traité se sont bornés à de courtes considérations parfois intéressantes sur des observations nouvelles. Nous citerons entre autres les trois observations du Dr Chaintre. (*Lyon Médical* 1890) et Croom (*Etiology of Hematoma during Labor*. Edimbourg *Obster. Soc.* 1886.)

ANATOMIE

Si nous voulons comprendre dans quelles régions peuvent se produire les hématomes et quels sont les vaisseaux dont on doit chercher la lésion (si on veut admettre cette origine), il est indispensable de se rendre compte de la disposition des feuilletts aponévrotiques du petit bassin.

Nous laisserons de côté la description des aponévroses périnéales classiques, depuis l'aponévrose inférieure jusqu'à l'aponévrose supérieure du périnée formée principalement aux dépens des gânes fibreuses du releveur de l'anus et de l'obturateur.

Mais entre cette aponévrose supérieure et le péritoine, existent trois gânes dont la forme a été déterminée et la direction commandée par les vaisseaux transitoires ou permanents du fœtus ; ce sont : *la gaine des vaisseaux utéro-ovariques* exactement sous-péritonéale ; *la gaine hypogastrique* (Delbet) et ce que nous pourrions appeler *la gaine ombilicale*. Ces trois gânes sont

formées par les différents replis de deux aponévroses, l'aponévrose sous-recto génitale et l'aponévrose ombilico-vésicale.

APONÉVROSE SACRO-RECTO GENITALE

Bien des auteurs s'en sont occupés et elle a été décrite par fragments ; c'est une partie d'elle qui forme les ligaments utéro-sacrés, replis de Douglas ; les replis de Douglas ne sont pas constants ; la force de l'aponévrose sacro-recto-génitale et son volume sont extrêmement variables. Seule la partie antérieure est constante ; on voit souvent cette aponévrose se perdre en arrière dans le tissu cellulaire sans qu'on puisse lui retrouver d'insertion osseuse ; le cul de sac de Douglas alors n'existe pas ; ordinairement on peut suivre ces feuillets jusqu'aux os ; ils sont placés de champ, presque verticalement, étant une direction oblique de haut en bas, et de dehors en dedans, se rapprochant à leur partie inférieure comme les feuillets d'un livre entr'ouvert.

» Les insertions postérieures se font dans le
» sacrum et le coccyx. Suivant une ligne oblique
» de haut en bas et de dehors en dedans, au ni-
» veau du sacrum, immédiatement en dedans

» des trous sacrés antérieurs au niveau du coc-
» cyx sur ses bords latéraux.

» Les plus forts trousseaux fibreux naissent
» entre les 2^e et 3^e, ou bien entre les 3^e et 4^e ver-
» tèbres sacrées. Les diverses fibres nées de ses
» insertions étendues se comportent différemment
» suivant leur origine.

» Les fibres supérieures se dirigent en avant,
» en bas et en dedans ; un certain nombre d'en-
» tre elles, s'arrêtent sur le rectum, d'autres
» continuent leur trajet pour gagner l'utérus.
» Peut-être existe-t-il des fibres accessoires al-
» lant du rectum à l'utérus. Les fibres qui arri-
» vent à l'utérus ne se comportent pas toutes de
» même façon. Les plus élevées passent derrière
» l'utérus en formant un relief sur sa paroi posté-
» rieure et paraissent se continuer avec celles
» du côté opposé. Ce relief peu variable dans son
» siège est situé de 15 à 30 millimètres au-des-
» sus de l'orifice du col de l'utérus. Ainsi qu'A-
» ran l'a remarqué le premier, je crois, il est le
» plus souvent situé au niveau de l'orifice in-
» terne, c'est-à-dire à l'union du col et du corps.
» Des fibres qui viennent immédiatement au-
» dessous, les unes passent encore derrière l'u-
» térus, les autres passent sur les bords du col,
» y adhèrent et se continuent au moins en par-

» tie jusqu'à la vessie, se confondant là avec les
» fibres d'un autre feuillet aponévrotique que je
» décrirai un peu plus loin. Les fibres qui nais-
» sent de la partie inférieure du sacrum, géné-
» ralement moins résistante, se portent vers le
» rectum en s'inclinant du côté où il l'est lui-
» même, et certaines d'entre elles, après avoir
» contourné le rectum, gagnent le dôme vagi-
» nal qu'elles fixent. Les fibres coccygiennes,
» souvent plus résistantes que les précédentes,
» vont se jeter sur le rectum.

» Leur bord inférieur se confond au-devant du
» coccyx avec les fibres de l'aponévrose pelvienne
» supérieur, en outre, ces deux aponévroses droite
» et gauche semblent se continuer par leur bord
» inférieur formant ainsi le dos du livre auquel
» je les comparais tout à l'heure.

» Il me reste à dire comment se comporte cette
» aponévrose. Ses fibres les plus élevées, quel-
» quefois très minces naissent de l'aileron du
» sacrum au niveau du détroit supérieur; au-
» dessus, elles se continuent avec les fibres de
» l'aponévrose iliaque, du fascia iliaca qui re-
» couvrent les vaisseaux iliaques. Cette aponé-
» vrose lorsqu'elle a perdu son point d'insertion
» sacrée paraît se replier en avant, si bien qu'elle
» recouvre l'iliaque interne; puis ses branches

» viscérales, ses fibres se continuant en dehors
» avec celles du fascia iliaca et venant se jeter en-
» dedans sur le col de l'utérus. Elle se continue
» ainsi jusqu'à l'aponévrose antérieure que je
» décrirai plus tard, limitant avec elle la loge
» qui contient les vaisseaux et les nerfs destinés
» à l'utérus, au vagin et à la vessie. »

APONÉVROSE OMBILICO-VÉSICALE.

La partie inférieure de cette aponévrose nous importe seule, mais tant de descriptions et de discussions ont eu lieu à son sujet que nous sommes obligés de désigner rapidement les plans prévésicaux.

Derrière les muscles droits se trouve une cavité fermée en arrière par le feuillet postérieur de ces muscles qui s'insère à la face postérieure des pubis. Cette cavité et ce feuillet n'ont point de communication avec le petit bassin, nous les citons simplement.

En arrière du feuillet postérieur des droits et remontrent en haut jusqu'à l'ombilic, se rencontre la cavité prévésicale que limite en arrière l'aponévrose ombilico-vésicale : cette aponévrose est doublée du péritoine qu'elle abandonne au

niveau du sommet de la vessie, car elle passe en avant de cet organe tandis que le péritoine passe en arrière : l'angle dièdre inserit entre le feuillet ombilico-vésical et le péritoine forme ainsi une troisième cavité virtuelle qui reçoit et l'ouraques et les cordons fibreux des artères ombilicales et que nous pourrions nommer *gaine ombilicale*.

L'aponévrose ombilico-vésicale elle-même naît de la partie inférieure de la cicatrice ombilicale ; latéralement elle adhère au péritoine *en dehors* des artères ombilicales et jusqu'à leur terminaison ; elle se trouve par conséquent à sa partie inférieure et latérale au niveau du bord intérieur de l'échancrure sciatique.

Dans sa partie moyenne, dès qu'elle a atteint la vessie, elle fait corps avec sa paroi antérieure et vient se perdre sur la ligne médiane avec les ligaments antérieurs de la vessie ; telle est son insertion inférieure médiane ; plus en dehors elle passe des ligaments antérieurs de la vessie sur l'aponévrose périnéale supérieure en longeant les faces latérales de la vessie, la cloison vésico-utérine et le col de l'utérus. A ce niveau la ligne d'insertion se porte en dehors et légèrement en arrière pour gagner le bord antérieur de l'échancrure sciatique au niveau duquel elle se continue avec la ligne d'insertion latérale qui se fait, ainsi

que nous l'avons vu sur le péritoine, *en dehors* des artères ombilicales.

Ainsi se trouve délimitées par les aponévroses que nous avons décrites et par le péritoine les loges qui, théoriquement, peuvent être le siège d'un épanchement.

Une de ces loges la *loge utéro-ovarienne* est exactement sous-péritonéale, elle a la valeur d'un méso, c'est la loge des vaisseaux utéro-ovariens.

Quand aux autres vaisseaux qui ont le bassin pour origine, ils ne percent point les aponévroses du bassin, ils en sont couverts (Jarjavay). En levant on trouve la *loge prévésicale* que limitent antérieurement la gaine postérieure des droits et les pubis, et qui est limitée en arrière par le feuillet ombilico-vésical dont nous avons indiqué les insertions. Au-dessus de la vessie, l'angle dièdre formé par l'aponévrose ombilico-vésicale et le péritoine forme une troisième loge qui, par sa partie inférieure, reçoit et renvoie les vaisseaux vésicaux, c'est donc une loge vasculaire.

Sur les parties latérales du petit bassin, au-dessous de la loge irrégulière et ainsi délimitée : En avant par l'insertion inférieure de l'aponévrose ombilico-vésiculaire ; en arrière par l'aponévrose sacro-recto-génitale ; en haut par la réunion de ces deux aponévroses ; nous avons fait remarquer

que l'aponévrose sacro-recto-génitale se recourbait de l'aile du sacrum à l'échancrure sciatique pour rejoindre l'aponévrose ombilico-vésicale, en bas par l'aponévrose périnéale supérieure.

Cette loge est vasculaire et comprend dans son épaisseur les vaisseaux hypogastriques et leurs branches, c'est la gaine hypogastrique qui, fait important, communique avec la fesse.

Nous avons exposé brièvement comment sont constituées les loges pelviennes non périnéales qui peuvent être le siège d'un épanchement sanguin et le limiter.

DÉFINITION. — IMPORTANCE.

Définition. — Le *thrombus* vaginal (tumeur sanguine intra-pelvienne de Perret) est une tumeur sanguine apparaissant brusquement, soit à la suite d'un traumatisme, soit pendant la grossesse ou au moment de l'accouchement.

Nous ne nous occuperons ici que de cette dernière variété.

Importance. — Le thrombus puerpéral peut se produire soit avant l'accouchement, soit après l'expulsion du fœtus, soit après la délivrance ; on conçoit que son importance soit variable selon les différentes époques de son apparition, d'ailleurs plus fréquente après la délivrance.

S'il survient, en effet, avant l'accouchement, le thrombus peut être un obstacle presque insurmontable à l'expulsion de la tête fœtale. C'est le fait relaté dans notre dernière observation. Il faut alors reconnaître la nature de l'obstacle, et, souvent, on est obligé de pratiquer une incision.

et de vider la poche sanguine pour pouvoir provoquer l'expulsion du fœtus.

Le même inconvénient peut se produire si le thrombus survient après l'expulsion du fœtus et avant celle du placenta. C'est ce qui est relaté dans l'observation VI, où la délivrance est retardée par la présence d'un thrombus. Il est fréquent alors de voir assigner à ce retard une toute autre cause (réplétion de la vessie, hémorrhagie rétro-placentaire) jusqu'à ce que le toucher fasse reconnaître la véritable nature de l'obstacle.

Si, enfin, le thrombus apparaît après la délivrance (et c'est, nous le répétons, le cas le plus fréquent) il peut encore s'opposer par son volume à l'écoulement des lochies et des liquides des injections.

Volume. — Le volume est variable, en général, de la grosseur d'un gros œuf, certains, cependant, surtout les thrombus faisant saillie à la vulve, ont pu atteindre le volume d'une tête fœtale, mais, en général, le volume est celui d'un gros œuf ou d'une orange.

ÉTIOLOGIE ET MÉCANISME

La question du mécanisme et de la formation des thrombus a été très controversée depuis la thèse de *Blot* (1853) qui, le premier, a mis en doute l'influence des altérations variqueuses sur la production de ces tumeurs. Jusqu'alors, en effet, tous les auteurs qui ont traité cette question se rangeaient à cette opinion que, seules, les femmes atteintes de varices vulvaires volumineuses pouvaient courir le risque de voir apparaître un thrombus au moment de leur accouchement. Il semblait, en effet, logique d'admettre que ces veines volumineuses, gorgées de sang, altérées, de plus, dans leurs parois, devaient avoir tendance à se rompre sous l'influence du traumatisme, et laisser le sang qu'elles contenaient s'infiltrer dans les tissus circumvoisins. Et, de ce que beaucoup de femmes atteintes de ces hématomes puerpéraux, avaient présenté des varices vulvaires, ou, tout au moins, une dilatation temporaire, des veines de la vulve,

on était amené à conclure que la cause du thrombus résidait dans la présence de ces lésions, fréquentes, en somme, au moment de l'accouchement, *post hoc, ergo propter hoc*.

Il nous faut, d'ailleurs, reconnaître que cette explication pouvait paraître fort plausible, vu la soudaineté de l'apparition du thrombus et son rapide accroissement, on était poussé à croire que, seule, une veine volumineuse brusquement rompue, pouvait donner naissance à ce genre de tumeur. Et, en effet, Deneux, Blot, Cazeaux, admettent que le thrombus ne peut se former sans la rupture d'un vaisseau assez considérable, et, pour eux, ce vaisseau ne peut être qu'une veine. D'autres auteurs (Berdot, Laborie) pensent que le sang peut être fourni à la fois par les veines et par les artères.

Les expériences que Perret a pu faire après deux autopsies de femmes mortes à la suite de thrombus, ont jeté un jour nouveau sur la question et nous voulons nous efforcer avec lui de démontrer :

1° Que le thrombus n'est pas nécessairement lié à la présence de varices vulvaires.

2° Que le sang qui le forme vient de *très petits vaisseaux*, veines et artères, dont la déchirure

s'est produite par le glissement des aponévroses pelviennes.

3° Que le traumatisme seul est la cause du thrombus *hematoma vaginalis*, par le même mécanisme qui produit le *cephalœmatome*, *hématoma capitis* (Pinard.)

I. *L'apparition du thrombus n'est pas liée à la présence de varices vulvaires.*

Et d'abord, combien sont fréquentes, chez les femmes enceintes, les dilatations des veines vulvaires ! Il est, en effet, très rare, sur les observations des cliniques, et nous avons eu l'occasion d'en voir un certain nombre — de ne pas trouver la mention de « *varices* ». Combien, au contraire, peu fréquente l'apparition du thrombus. Puisque sur les observations des six dernières années à la clinique Baudelocque (c'est-à-dire, sur environ neuf à dix mille cas) nous n'avons pu en trouver que *six*, en moyenne 1 sur 1500.

Si donc, l'on admettait avec Deneux que le thrombus est une conséquence de la présence des varices vulvaires, il faudrait s'attendre à rencontrer cette complication dans un assez grand nombre de cas, chaque fois que l'on aurait signalé la présence de varices volumineuses.

Et, au contraire, non-seulement, dans cer-

tains cas de varices vulvaires, volumineuses, pouvant même faire obstacle au passage de la tête, et, par conséquent, être lésées pendant le travail, il ne s'est pas produit de thrombus, mais encore, dans la plupart des cas de thrombus que nous avons pu relater dans ces dernières années, la mention « *pas de varices* » était très nettement spécifiée dans l'observation : (cf. Obs., V, VIII, IX, X, XI et XIV). Il nous faut donc considérer comme non appuyée sur des preuves certaines la théorie qui rend l'apparition du thrombus liée intimement à la présence des varices.

II. Si donc, il n'est pas nécessaire que le sang soit fourni exclusivement par les veines, quels sont les vaisseaux qui donneront naissance au thrombus ? Pour ce point, nous avons heureusement une très intéressante observation de Perret qui a pu pratiquer l'autopsie d'une femme morte à la suite de cette complication et en a profité pour se livrer à de très curieuses et décisives expériences à ce sujet.

Voici, en effet, la méthode qu'il a employée et que nous empruntons à cette observation (cf. obs. IV.) :

» Pour rechercher les vaisseaux rompus, j'ai
» pratiqué une injection d'eau par la veine fé-

» morale, en comprimant la veine iliaque primitive, et j'ai constaté que le liquide *venait sourdre en nappe* à la surface du foyer ; aucune veine importante ne paraissait donc rompue. » Une seconde injection par l'artère iliaque primitive, avec de l'eau, s'est comportée comme la première, aucune artère volumineuse ne paraissait donc ouverte, et des vaisseaux artériels et veineux, d'un *très petit calibre* avait contribué en même temps à la formation du foyer sanguin. »

Cette expérience, très concluante au point de vue spécial, prouve péremptoirement que le thrombus se forme, non point au dépens des gros vaisseaux artériels et veineux de très petit calibre. Nous aurons, du reste, à revenir sur cette observation dans laquelle l'autopsie nous permettra d'élucider un autre point du mécanisme.

III. Comment, en effet, se déchirent ces petits vaisseaux, et comment peuvent-ils, étant donné leur petit volume, former en très peu de temps une tumeur aussi grosse ?

C'est là qu'intervient le facteur à notre avis le plus important dans la formation du thrombus. Je veux parler du traumatisme.

Si, en effet, dans la plupart des cas que nous avons pu relever à la Clinique Baudelocque, l'élément « *varices* » fait défaut, du moins, dans presque tous, pouvons-nous constater une complication plus ou moins grande dans le travail.

L'observation VI nous offre le cas d'une primipare chez laquelle la période de dilatation est assez rapide, mais chez laquelle la période d'expulsion est très longue, les contractions utérines sont très espacées; quatre heures après la dilatation complète, la rotation n'est pas terminée et la tête ne progresse pas. On fait une application de forceps, d'ailleurs peu régulière, et c'est à la suite de ces complications qu'on voit apparaître le thrombus.

L'observation suivante (Obs. VII) traite d'une secundipare présentant une malformation utérine (utérus bicorne) et chez laquelle l'enfant se présente par le siège. Bien que le traumatisme ici paraisse moindre, il peut cependant entrer en ligne de compte.

Dans une observation suivante (Obs. IX) l'accouchement, il est vrai, est normal et plutôt rapide (9 h. 1/2), mais l'enfant pèse 4,000 gr. et le diamètre bi-pariétal est de 0.10.

Observation VIII. — Accouchement gémellaire chez une primipare de 27 ans.

Observation X. — Secondipare, présentation du sommet; le travail dure 21 heures, dont une heure en période d'expulsion.

Tels sont les renseignements qui nous sont donnés à ce sujet par les observations mêmes et qui nous forcent à tenir grand compte du traumatisme.

Berdot, d'ailleurs, avait entrevu ce point du mécanisme puisqu'il attribuait la formation des thrombus à la situation oblique de la tête de l'enfant, situation qui, dit-il, favorise l'écoulement prématuré des eaux et détermine par compression la contusion d'une portion du segment inférieur de l'utérus. Mais *Perret*, le premier, a nettement expliqué le mécanisme du thrombus.

» La tête fœtale, dit-il, peut faire subir aux
» parois du vagin une sorte de glissement sur
» les tissus voisins, glissement qui aura pour résultat de décoller ces parois dans une plus ou
» moins grande étendue, de déchirer les cloisons
» du tissu cellulaire, en produisant ainsi une cavité plus ou moins spacieuse. » Et cette cavité, *Perret* l'a trouvée dans une autopsie (cf. obs. IV); elle détruit ainsi cette objection, que, si le sang était obligé de s'infiltrer, il n'acquerrait pas, en quelques minutes, un volume énorme.

Et pour se rendre un compte exact de la façon

dont se produit le thrombus il faut, selon la très juste et très ingénieuse remarque de M. le professeur Pinard mettre en parallèle cet *hematoma vaginalis* avec le *cephalématome*, *hematoma capitis* du nouveau-né; on a, en effet, longtemps invoqué, pour expliquer la formation du céphalématome, diverses causes : mauvaise santé de la mère, faiblesse de l'enfant, rupture d'une artère (Picqué), maladie de l'os (Bouchard). Toutes ces hypothèses n'ont reçu aucune confirmation des autopsies pratiquées depuis leur apparition, tandis que si l'on tient compte du traumatisme de l'accouchement et de la structure anatomique du crâne et de ses enveloppes chez le fœtus, on ne peut qu'admettre l'influence évidente de ces deux facteurs.

Au moment de l'accouchement, la tête fœtale se trouve pressée de haut en bas par les contractions musculaires de l'utérus contre des surfaces résistantes représentées par le segment inférieur, le col de l'utérus et le bassin. Or, d'après les remarques de Valleix, le crâne fœtal présente une vascularité considérable, la table externe du frontal, des pariétaux, de l'occipital et des temporaux n'existe qu'à peine, tandis que l'ossification de la table interne est beaucoup plus avancée; le périoste, de plus, n'est adhérent qu'au niveau

des sutures et des sinus vasculaires, beaucoup plus lâche, au contraire, au niveau du reste de l'os. « En résumé », dit Bouchacourt, dans le Dictionnaire Encyclopédique, « la tête pendant » les différentes phases du travail, est appuyée » sur quelques parties résistantes des organes à » franchir, le péricrâne est décollé par cette pression, la table externe poreuse, laisse suinter » du sang, et le céphalœmatome est constitué. »

Il ajoute, de plus, que, dans la bosse séro-sanguine du nouveau-né, hématome peu important, il faut déjà signaler la présence d'une ecchymose profonde, *sous-périostale*, et il a pu constater, qu'en disséquant couche par couche les enveloppes du crâne chez un nouveau-né, presque toujours, l'examen étant fait dans les deux premières semaines après l'accouchement, on trouve une infiltration sanguine du périoste, qui, à ce niveau, est légèrement épaissi et se détache plus facilement de l'os qu'il recouvre. L'os présente une teinte sanguine plus foncée, et souvent est recouvert d'une mince couche de sang. Si l'on rapproche ces deux circonstances, vascularité extrême des os du crâne, et facilité du périoste à se décoller, on comprendra que les moindres pressions puissent amener une ecchymose en foyer, dont la tendance au développement sera composée de ces

deux éléments et d'un troisième fort important, le travail incessant d'accroissement et d'ossification.

Ces éléments principaux que nous trouvons dans la formation du céphalœmatome, nous le retrouverons également dans celle du thrombus : *vascularisation extrême, facilité de glissement des aponévroses périnéales*, qui, pressées de haut en bas par la tête fœtale, se dissocient, formant, ainsi que le prouve l'autopsie de Perret (cf. obs. IV), une cavité considérable. Cette cavité se remplit du sang provenant de l'arrachement des petits vaisseaux, tant artères que veines, et l'*hematoma vaginalis* est constitué, homologue complètement de l'*hematoma capitis* du nouveau-né.

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC.

L'apparition du thrombus est généralement marquée par un ensemble de phénomènes très nets, et, nous pouvons l'affirmer, constants. A vrai dire, ces phénomènes sont surtout manifestes dans les cas de thrombus survenant après la délivrance. En effet, comme nous le verrons plus loin, le phénomène le plus caractéristique est la sensation de *ténésme* éprouvée par la femme, qui, en général, exprime cette sensation en déclarant qu'elle ressent des envies de pousser. Il est clair que cette sensation avant l'accouchement ou avant la délivrance, peut être aisément confondue avec les douleurs provoquées par la présence du fœtus ou du placenta.

Mais il est d'autres symptômes qui accompagnent le *ténésme* et dont l'ensemble permet rarement une erreur de diagnostic. En général, on constate une pâleur assez marquée de la face, parfois des tendances aux syncopes, une accélération du pouls, en un mot, tous les symptômes

d'une hémorrhagie ; ce qui, étant donné l'absence d'écoulement sanguin à la vulve, (à moins — cas très rare — que le thrombus ne se rompe presque aussitôt après son apparition), pourrait faire admettre l'hypothèse d'une hémorrhagie interne. Mais alors surviennent des crampes dans les membres inférieurs, des douleurs dans la région vaginale, et surtout cette sensation très nette de *ténésme*, d'autant plus marquée et d'autant plus étrange, lorsque la femme est délivrée. Si, l'attention étant attirée de ce côté, on pratique le toucher, on constate la présence d'une tumeur molle, fluctuante, rénitente, non douloureuse, spontanément ni au toucher, dont le volume varie de la grosseur d'un œuf de poule à celle d'une orange, et qui occupe, le plus généralement, une des parois du vagin. Le diagnostic du thrombus est confirmé.

Lorsque le thrombus occupe l'une des grandes lèvres, le diagnostic est encore plus facile.

On constate alors une énorme tuméfaction siégeant entre les cuisses de la parturiente, occupant l'une ou l'autre des grandes lèvres, parfois les deux, tumeur violacée, rénitente douloureuse, pouvant atteindre un volume considérable jusqu'à celui d'une tête fœtale, et obstruant complètement l'orifice vulvaire.

Si, faisant le tour de cette tumeur, le doigt indicateur cherche à pénétrer dans le vagin, il voit qu'elle se prolonge dans l'une des parois du vagin, parfois très haut dans l'excavation. Ces thrombus vulvaires, étant donné la rapidité de leur apparition, leur siège et leur aspect extérieur, ne peuvent être confondus avec nulle autre tumeur. Notons encore que, dans le cas de thrombus volumineux, on constate une ecchymose, parfois très marquée, de la fesse correspondante.

Nous ne croyons pas que la présence d'un thrombus vaginal puisse donner lieu à une erreur de diagnostic. Lorsque cette tumeur apparaît avant l'accouchement ou avant la délivrance, lorsque, — comme nous le verrons au sujet des complications qu'elle apporte dans l'accouchement et dans la délivrance — son apparition fait obstacle à l'expulsion du fœtus ou du placenta, il est bien certain qu'on peut songer tout d'abord à toute autre cause de *dystocie*. C'est ainsi que, (cf. obs. VI) dans un cas de thrombus s'opposant à l'expulsion du placenta, on a pu songer tout d'abord à une grande réplétion de la vessie, puis à une hémorrhagie rétro-placentaire, et que, seul, le toucher a pu faire connaître la véritable cause du retard produit.

Il peut être parfois difficile, étant donnée la

présence d'un thrombus volumineux, de déterminer ses limites, puisque, ainsi que nous l'avons dit, il peut remonter très haut dans l'excavation. Le toucher vaginal, joint à l'exploration anale nous permettront de mesurer approximativement le diamètre antéro-postérieur de la tumeur. Mais si celle-ci remonte à une certaine hauteur, le doigt peut être insuffisant à déterminer ses limites supérieures. Il faut alors, d'après Perret et Hervieux, tenir compte de la hauteur à laquelle se trouve le fond de l'utérus, organe entraîné dans le mouvement ascensionnel de la tumeur.

La plupart des auteurs qui ont traité du thrombus se sont demandé avec quelles tumeurs on pouvait le confondre. Mais il faut bien avouer que ces recherches ont un intérêt plutôt théorique.

Le kyste du vagin, en effet, qui présente les mêmes caractères de fluctuation et a un siège à peu près identique, n'aurait pas cette apparition soudaine, et aurait été diagnostiqué très probablement lors du premier toucher vaginal.

La hernie, non douloureuse, est, de plus, réductible, caractère que ne présente point le thrombus.

Le cystocèle, avec des caractères très différents, présente cette particularité de se produire en un point où, jamais, n'apparaît le thrombus. Quant

à ce fait, qu'il ait pu être pris pour le siège, ou pour une poche des eaux très saillantes, ou pour d'autres parties fœtales, nous n'avons vu, dans aucune observation, d'exemple d'une telle méprise.

De plus, les signes généraux qui précèdent et accompagnent l'apparition du thrombus, sont, nous le répétons, très caractéristiques; ce sont ces symptômes d'hémorrhagie interne, de crampes dans les membres inférieurs, de douleurs pelviennes, et surtout cette sensation de *ténésme* sur laquelle M. le Professeur Pinard insiste tout spécialement, et qu'on retrouve, en effet, dans la plupart des observations.

PRONOSTIC

Si nous nous rangeons à l'opinion de Perret en ce qui concerne l'étiologie et le mécanisme des thrombus, il n'en est plus de même lorsque nous abordons la question du pronostic. Non point que cet auteur ne soit, pour son époque, dans le vrai, lorsqu'il considère le thrombus comme une des plus redoutables complications de l'accouchement. Sa statistique, en effet, donne, sur 43 cas de thrombus, 17 décès, d'accord, en cela, avec celle de Deneux, qui, sur 62 cas, rapporte 22 morts maternelles et 21 morts fœtales, et avec celle de Blot dans laquelle 19 cas de thrombus, ont donné 5 décès maternels et 5 décès fœtaux.

D'après Perret, chez lequel cette affirmation s'étaie sur deux autopsies de femmes mortes à la suite de thrombus, la mort peut survenir, soit par péritonite, soit, et plus fréquemment encore, par infection ; pour lui, la suppuration du throm-

bus est presque véritable, et, dès lors, les chances d'infection sont à redouter. Mais il faut se rappeler que, à l'époque de cette thèse, on ignorait l'usage des procédés antiseptiques, et que la fièvre puerpérale régnait alors en maîtresse dans les maternités et dans les cliniques.

C'est, en effet, à la généralisation des procédés antiseptiques, que nous croyons devoir attribuer le bénéfice de la complète évolution qu'a suivie cette question du pronostic. Dans les quelques observations récentes (malheureusement trop rares) que nous avons pu rassembler, non-seulement nous n'avons aucun décès à signaler, mais encore, c'est à peine, si, dans quelques-unes, la température s'élève au-dessus de 38°. Et nous nous trouvons ici d'accord avec M. le Dr Chaintre, de Lyon, qui, dans son article sur le thrombus (*Lyon Médical* 1890) se plaît à constater l'amélioration survenue dans le pronostic du thrombus, et lui attribue la même cause. Pour lui, grâce aux progrès de l'antisepsie, on peut maintenant assimiler le thrombus vaginal à un simple hématome sous-cutané.

TRAITEMENT

Ainsi que la question du pronostic, celle du traitement a subi une totale évolution depuis l'avènement de l'antisepsie. L'ouverture de la poche suivie d'une injection d'eau simple était autrefois le traitement de choix, et l'on conçoit que des accidents d'infection aient pu suivre cette méthode. Aujourd'hui le traitement antiseptique doit être appliqué dans toute sa rigueur ; au cas où le thrombus gênerait l'accouchement ou la délivrance, mais dans ce cas seulement, il faudrait l'ouvrir, et, une fois ouverte, la cavité serait nettoyée soigneusement avec des injections antiseptiques, puis saupoudrée d'iodoforme.

Au cas où le thrombus survint après tout travail, et c'est le cas le plus fréquent, M. Pinard ne conseille pas de l'ouvrir, et voici le traitement employé par lui à la clinique Baudelocque : injection antiseptique du vagin, puis tamponnement assez considérable avec la gaze

iodoformée, en général 4 paquets maintenus par un bandage en T, et, enfin, pour limiter plus sûrement la tumeur et l'empêcher de s'étendre en hauteur, bandage de corps un peu serré. Tel est le traitement que nous avons vu employer à la clinique Baudelocque et au moyen duquel toutes les femmes atteintes de thrombus sont guéries au bout de 15 à 20 jours, et sans avoir jamais eu d'élévation de température.

OBSERVATION I

Madame Lachapelle — Traité d'accouchement.

*Primipare, 27 ans. — Varices volumineuses. —
Thrombus après la délivrance. — Ouverture et lavage
de la cavité. — Guérison.*

Une de nos élèves, habitant Noisy-le-Sec, fut appelée le 17 août à 7 heures du soir près d'une femme pléthorique, âgée de 27 ans, et parvenue au terme de sa première grossesse. Cette femme avait constamment refusé la saignée, malgré les inconvénients auxquelles elle avait été soumise. A la partie latérale gauche du vagin, on sentait quelques inégalités mollasses, assez saillantes et probablement variqueuses. La tête s'avancait dans la deuxième position; le travail marchait régulièrement, et à dix heures du soir l'accouchement était terminé.

Le 19 août, matin, cette femme est prise d'un syncope. La sage-femme veut s'assurer de l'état de l'utérus, et elle sent entre les cuisses de la femme une tumeur lisse, résistante, violacée, de la grosseur, à peu près, de la tête d'un adulte, et formée par le développement de la grande lèvre gauche. Éloignée de toute autre personne de l'art, cette sage-femme se décida à faire à la tumeur une ouverture par laquelle

elle put extraire une grosse quantité de caillots noirs et fétides que contenaient, non seulement la grande lèvre, mais encore le tissu cellulaire du bassin. Après cette opération, des injections répétées suffirent à la détersion du foyer, qui, trois semaines après, était totalement cicatrisé, sans que la femme eût éprouvé d'autre accident qu'une légère fièvre bilieuse.

OBSERVATION II

Madame Lachapelle (L. C.)

Primipare 26 ans. — Thrombus avant l'accouchement ; rupture spontanée de la poche. — Guérison.

Le 18 janvier 8..., j'observai à l'hospice un accident de même nature. Celui-ci précéda l'accouchement. La tumeur se développa en moins d'un quart d'heure au moment où la tête descendait dans le vagin. Elle parut envahir principalement la nymphhe gauche et acquit promptement un volume assez considérable pour obstruer le vagin et arrêter la marche du travail qui durait déjà depuis seize heures.

Cependant, deux heures après cet évènement, la tumeur se rompit et donna issue à un énorme caillot de sang ; la tête, alors put s'avancer et l'accouchement fut à l'instant terminé. La femme était d'une constitution très faible, âgée de 26 ans, et enceinte pour la première fois. Une escarre gangréneuse a enveloppé les

bords de la déchirure ; mais la guérison n'en a été que fort peu retardée.

OBSERVATION III

Madame Lachapelle (L. C.)

Thrombus pendant l'accouchement. — Rupture spontanée. — Guérison.

Un thrombus presque aussi volumineux et s'étendant plus haut du côté du vagin se développa, pendant l'accouchement, chez une dame de ma clientèle. Cette tumeur s'accrut après la sortie de l'enfant, retint dans le vagin et l'utérus le sang des lochies, causa ainsi la distension de la matrice, et, par suite, une hémorrhagie interne des plus alarmantes. Heureusement, dans les efforts que je fis pour introduire ma main dans cet organe afin d'en extraire les caillots, je rompis involontairement la tumeur vers l'entrée du vagin. Il en sortit beaucoup de sang coagulé ; elle s'affaissa et tous les accidents qu'elle avait fait naître se dissipèrent avec elle, sans aucun traitement particulier. Dans les deux derniers faits que je viens de rapporter l'épanchement du sang dans le tissu cellulaire pelvien et sous-cutané avait été accompagné d'une douleur vive et continue.

OBSERVATION IV (Perret, Thèse 1865)

Tumeur sanguine, occupant la partie latérale gauche de l'excavation pelvienne. — Ouverture artificielle; pas d'hémorrhagie. — Mort.

La nommée L., primipare, 20 ans, bien conformée, d'une bonne santé habituelle n'a éprouvé aucun accident pendant sa grossesse; elle est à terme, et accouche à la Maternité, le 18 juin 1864, à cinq heures du soir. Le travail a duré six heures, dont une heure de période d'expulsion; présentation du sommet en O. I. G. A; enfant vivant du poids de 3 kil. 250. L'accouchement et la délivrance ont été naturels, n'ont pas nécessité de manœuvre, et n'ont été suivis d'aucun accident. La malade se trouva bien jusqu'à sept heures et demie du soir, mais alors elle accusa de violentes douleurs lombaires, avec ténésme rectal et besoin de pousser en bas. Une élève sage-femme pratique le toucher et sent une tumeur assez volumineuse; quelques minutes après, elle constate une tumeur dont le développement est considérable. Déchirure verticale du périnée mesurant trois centimètres environ d'étendue, ni ecchymose, ni tuméfaction à l'extérieur; éraillure peu profonde de la muqueuse vaginale à sa paroi postérieure. Cette dernière fait une saillie considérable de couleur violacée qui obstrue à peu près complètement l'orifice vaginal.

A neuf heures du soir, la tumeur occupe toute la longueur de la partie latérale gauche et postérieure du vagin jusqu'au col de l'utérus. Consistance élastique assez ferme, sans fluctuation. Fortement convexe dans l'intérieur du vagin, elle s'aplatit et se déprime au voisinage du col que le doigt atteint très facilement. Par le rectum, on sent une saillie considérable oblitérant en partie cet intestin.

Pouls fréquent, faible, dépressible, sueurs froides, lipothymies, anxiété extrême. Utérus encore volumineux, dur et bien contracté. Douleur gravative à la région lombaire.

Trélat, appelé, ouvre la tumeur par une incision de trois à quatre centimètres intéressant la partie la plus déclive de la partie postérieure du vagin. Issue d'une très petite quantité de sang. On vide le foyer des caillots qu'il contient; poids évalué à 250 ou 300 gr. Abstersion des parties avec de l'eau froide. La cavité s'étend par en bas vers le périnée; sa paroi extérieure est formée par le rectum seul. Serre-fines; toniques.

Le 19, pouls à 110, ventre non douloureux; utérus rétracté. Pas d'ecchymoses à l'extérieur. Respiration légèrement accélérée. Dysurie. Cathétérisme. Injection d'eau simple, avec une grosse seringue à canule de 15 à 18 centimètres de longueur et percée de plusieurs orifices à son extrémité. Elle disparaît presque tout entière dans le foyer que l'on débarrasse du sang et des caillots qu'il renfermait.

Bordeaux, bouillons, potages.

Le soir, nouvelle injection. Nulle fétidité. Escarres grisâtres, circulaires et peu étendues sur les petites lèvres. Injection dans le foyer. L'eau revient plus fétide.

État général moins satisfaisant; pouls à 120; chaleur vive; peau sèche, respiration accélérée, cathétérisme, somnolence. Rêvasseries dans la journée. Le soir, prostration, langue blanche, narines pulvérulentes. L'injection ramène une sanie de plus en plus fétide.

Le 21, douleurs abdominales, dorsales et lombaires. Météorisme du ventre. Facies altéré, yeux excavés, pâleur du visage et des téguments. Chaleur plus vive; pouls dépressible à 140; soit intense, langue large, humide, avec enduit noirâtre peu épais; diarrhée. Respiration fréquente, suspicieuse; plaintes continuelles et prostration profonde. Exacerbation des douleurs par le moindre mouvement.

Tuméfaction des grandes lèvres et des bords de la déchirure périnéale, lesquels sont sphacélés dans toute leur épaisseur. Extension des excarres vulvaires; détritus putrilagineux et sanguinolent très fétide à leur surface, elles ont gagné aussi en profondeur. Par des tractions, même légères, on détache des lambeaux de tissu cellulaire sphacélé, qui existent en grand nombre à l'entrée du vagin. La paroi postérieure de ce dernier, violacée, noirâtre a pris une épaisseur considérable, et

paraît fortement infiltrée, elle oblitère presque l'entrée du vagin. Chaleur vive de toutes ces parties. Lotions alcoolisées. Injections dans le foyer qui reviennent toujours sanieuses et fétides.

Dans la journée, prostration croissante, somnolence continuelle, pouls insensible, perte de la parole à deux heures. Mort à cinq heures du soir.

Autopsie. — Le 23 juin, trente-huit heures après la mort.

Le cadavre présente toutes les traces d'une décomposition avancée.

L'abdomen est très développé, d'une coloration verdâtre sur sa surface, intense dans les deux tiers inférieurs, envahissant aussi la partie supérieure des cuisses où l'on sent une crépitation gazeuse, plus prononcée dans le membre gauche. Les grandes lèvres, la région pubienne et la fesse gauche ont le même aspect que les parties ci-dessus; de même pour le thorax à sa partie postérieure où l'on peut constater aussi une infiltration gazeuse.

Le tissu cellulaire sous-cutané de la paroi abdominale incisée est distendue par des gaz; pas d'autre altération, excepté au voisinage du pubis où il est infiltré de sérosité sanguinolente.

Le même liquide se retrouve dans la gaine des muscles grands droits. Le tissu cellulaire de ce point de la paroi, de même que celui immédiatement recouvert par le péritoine pariétal, est noirâtre et a l'aspect putrilagineux.

La sérosité qui s'écoule de l'incision de ces parties est mélangée de nombreuses gouttelettes graisseuses. La cavité péritonéale, outre des gaz fétides, contient au moins 300 grammes de sérosité roussâtre, mélangée de gouttelettes huileuses. Le péritoine viscéral ne paraît point enflammé. L'estomac, l'intestin grêle et le gros intestin sont très distendus mais non altérés. L'épiploon est fortement congestionné seulement à la partie inférieure; pas d'adhérences.

Le mésentère est encore infiltré de sérosité rougeâtre; les intestins, enlevés avec précaution, pour léser le moins de vaisseaux possible, laissent voir le tissu cellulaire sous-péritonéal distendu par du gaz et le même liquide séro-sanguinolent. L'infiltration envahit l'atmosphère celluleuse des deux reins, plus prononcée néanmoins du côté gauche. En outre, ce tissu cellulaire est noirâtre; on en détache facilement des lambeaux à peu près complètement sphacelés. L'infiltration s'étend vers les parties inférieures dans le tissu cellulaire de la cavité pelvienne et se continue avec le thrombus qui en est évidemment le point de départ.

La tumeur occupe la partie latérale gauche et un peu postérieure de la cavité pelvienne, sa capacité est considérable. En haut, elle s'étend jusqu'au voisinage de l'angle sacro-vertébral, dépassant le sacrum un peu à droite, vers sa partie inférieure; elle ne dépasse pas la partie médiane de cet os. La paroi postéro-externe de ce foyer est donc formée par le sacrum et l'aponévrose pelvienne, qui n'a pas paru complètement in-

tacte ; sa paroi interne est formée par le vagin et le rectum portés un peu à droite ; l'antérieure est constituée par le péritoine ; inférieurement, l'épanchement se prolonge jusque dans l'épaisseur du périnée, dont la peau et le tissu cellulaire sont intacts. La paroi vaginale est a nu et comme disséquée ; elle est très épaissie, infiltrée de sérosité ; elle présente seulement en bas la trace de l'incision de trois à quatre centimètres d'étendue dans le sens antéro-postérieur.

Pour rechercher les vaisseaux rompus, j'ai pratiqué une injection d'eau par la veine fémorale, en comprimant la veine iliaque primitive, et j'ai constaté que le liquide venait sourdre en nappe à la surface du foyer ; aucune veine importante ne paraissait donc rompue. Une seconde injection par l'artère iliaque primitive, avec de l'eau, s'est comportée comme la première, aucune artère volumineuse ne paraissait donc ouverte, et des vaisseaux artériels et veineux d'un très petit calibre avaient contribué en même temps à la formation du foyer sanguin.

Le foyer offre sur toutes ses parois une coloration noirâtre uniforme, qui en marque très bien les limites. Il contient quelques petits caillots sanguins, des lambeaux de tissu cellulaire sphacélé d'une certaine quantité de matière putrilagineuse ressemblant assez à celle qui tapisse la face interne de l'utérus des femmes récemment accouchées.

A l'examen minutieux de la paroi vaginale, on reconnaît que le foyer est tout à fait en dehors, et

qu'elle ne contient dans son épaisseur aucune infiltration sanguine. Le muscle pyramidal, obturateur interne et sphincter externe de l'anus sont ecchymosés dans les points voisins du foyer.

Dans le côté droit de la cavité pelvienne, les mailles du tissu cellulaire sont dissociées et séparées assez complètement pour former une cavité capable de loger un œuf de poule. Cette poche est située au niveau de la branche horizontale du pubis et de la partie supérieure du trou obturateur ; elle ne contient ni caillot, ni sang liquide. Il me paraît évident que, si un certain nombre de vaisseaux s'étaient rompus dans le voisinage de cette cavité, il se serait formé là une tumeur sanguine. La vessie, fortement revenue sur elle-même, est saine.

L'utérus, bien rétracté, est très coloré à sa surface postérieure, les ligaments larges sont intacts ; à l'incision de la matière, on fait sourdre de son épaisseur du pus qui paraît contenu dans le sinus. Le foie, les reins et la rate sont exsangues et ramollis ; les veines ne contiennent que très peu de sang très fluide. Les poumons sont emphysémateux et contiennent des gaz dus, probablement, à la putréfaction. Les deux cavités pleurales renferment une certaine quantité de sérosité sanguinolente, sans trace d'inflammation ; quelques fausses membranes de formation ancienne, existent dans la plèvre droite. Le péricarde est intact. Le cœur a son volume normal ; ses orifices n'offrent aucune altération, ses cavités ne contiennent qu'une très petite

quantité de sang très séreux. Le cerveau n'a pas été examiné.

OBSERVATION V (D^r Bailly. Thèse Girard, 1874.)

Primipare de 20 ans. — Pas de varices, accouchement normal. Thrombus après la délivrance.

Le 18 avril 1874, Mme Livrain, sage-femme nommée de l'hôpital Cochin, m'appelle à constater chez une de mes clientes, rue Saint-Jacques, 274, l'existence d'une tumeur volumineuse du vagin survenue après l'accouchement. Sage-femme aussi instruite qu'habile, Mme Livrain n'avait pas méconnu la nature de cette tumeur et l'avait expressément désignée sous le nom de thrombus dans la lettre qu'elle m'écrivait. N'ayant pas encore eu l'occasion d'observer cette lésion remarquable du conduit vulvo-vaginal, on juge avec quelle satisfaction fut accueillie Mme Livrain et quel empressement je mis à me rendre à son appel.

Voici les renseignements qui me sont donnés sur les circonstances dans lesquelles la tumeur s'est produite et a été découverte.

L'accouchée, primipare âgée de 20 ans, très brune, d'une constitution robuste et à terme, a commencé à souffrir le 16 avril 1874, vers 9 heures du matin le même jour. Les douleurs, médiocres pendant la plus grande partie du jour, prennent de la force vers 5 heures du

soir. Accouchement naturel à 9 h. et 1¼ du soir. Délivrance naturelle, 25 minutes après l'accouchement.

Une demi-heure après l'accouchement, la femme se plaint d'une sensation douloureuse vers la vulve; mais en examinant cette ouverture, Mme Livrain ne trouve rien d'anormal à ce moment. Cependant, la douleur pelvienne s'accroît progressivement, et devient assez forte pendant la nuit pour produire de l'agitation et des plaintes. Elle diminue sans cesser complètement le 17 vers 4 heures du matin. C'est à ce moment que la sage-femme, dans un nouvel examen, découvre une tumeur assez volumineuse qu'elle n'avait pas remarquée au moment de la délivrance, et qui, probablement, cause la douleur dont se plaint l'accouchée.

En jetant les yeux sur la région périnéale on ne constate aucune déformation sensible, mais sur la fesse gauche, seulement, une trainée ecchymotique de la largeur du doigt, s'étendant du côté gauche de l'anus jusqu'à la partie moyenne de la lèvre gauche de la vulve, sans induration ni sensibilité anormales des tissus sur ce trajet.

La vulve est fermée par le rapprochement de ses lèvres dans les trois quarts antérieurs; dans le quart postérieur, au contraire, elle est légèrement entr'ouverte, et, sur le bord gauche de cette ouverture, on aperçoit une portion d'une tumeur arrondie occupant l'extrémité postérieure de la grande lèvre de la vulve, repoussant l'extrémité correspondante de la lèvre droite, et recouverte par la surface déchiquetée, blan-

châtre d'une plaie qui résulte d'une déchirure médiocre du périnée.

Jusque-là on pourrait croire à une lésion de peu d'importance, la tumeur ne paraissant pas dépasser le volume d'un œuf de pigeon. Mais en écartant les lèvres de la vulve, et surtout en s'aidant du toucher, on ne tarde pas à se convaincre que cette tumeur, dont on n'a d'abord aperçu que l'extrémité inférieure, est beaucoup plus volumineuse qu'on ne l'aurait soupçonné, qu'elle remonte du côté gauche du vagin jusqu'au cul de sac utéro-vaginal de ce côté, formant une tumeur allongée, régulière, qui présente la forme et dépasse la grosseur d'un œuf de dinde; que cette tumeur est douloureuse à la pression, facilement fluctuante; qu'enfin, à son niveau; la coloration du vagin, au moins dans les parties accessibles à la vue, diffère peu de la couleur normale.

La tumeur n'a pas, jusqu'ici, paru gêner l'écoulement lochial, la miction est normale, l'état général satisfaisant.

Les journées des 17, 18, 19 avril se passent sans accidents, sans fièvre. Le lundi, 20 avril, la personne chargée de donner les soins de propreté à l'accouchée aperçoit quelques caillots noirs très près de la vulve, et en lavant les parties sexuelles, découvre, à la partie inférieure de la tumeur, une ouverture par laquelle s'échappent lentement de nouveaux caillots et du sang liquide; j'en suis averti le jour même, mais ne

puis me rendre auprès de ma malade que le lendemain, 21 avril, dans l'après-midi.

Je trouve effectivement la tumeur considérablement diminuée de volume, et, à deux centimètres en arrière de l'extrémité postérieure de la nymphe gauche, une ouverture suffisante pour laisser passer le doigt.

L'indicateur introduit par cette ouverture se trouve dans une cavité anfractueuse de la capacité d'un œuf de dinde, s'élevant jusqu'au tiers supérieur du vagin ; en haut, s'étendant jusqu'au rectum ; en arrière, ayant pour paroi interne le vagin décollé, pour paroi externe le corps de l'ischion, la branche ischio-pubienne ; bref, la fosse ischio rectale et le sac fibreux de la lèvre gauche de la vulve formant le siège de la collection. Les caillots sanguins, adhérant aux parois de la cavité sont détachés facilement par le contact de mon doigt.

Je nettoie la cavité par une injection d'eau tiède, et avant de faire autre chose, j'observe la marche de la lésion :

Etat général satisfaisant ; apyrexie.

23 avril : apyrexie. Peu ou point de douleur. La tumeur est affaissée. Les parois de la poche sont plus rigides, son étendue notablement réduite.

25 avril : Je sonde la cavité du thrombus avec une sonde de femme et je trouve, de haut en bas 6 centimètres ; d'avant en arrière 4 centimètres. On pratique les injections, avec de l'eau alcoolisée, deux fois par jour.

L'ouverture ne grandit pas.

10 mai : La cavité du thrombus est entièrement oblitérée, la plaie périnéale, cicatrisée. Guérison complète.

On n'a jamais constaté de varices.

OBSERVATION VI

(Clinique Baudelocque, 1890, N° 624.)

Primipare de 32 ans, période d'expulsion très longue.

— *Thrombus retardant la délivrance.*

Louise T. 32 ans, lingère, primipare à terme; leucorrhée pendant la grossesse, hauteur de l'utérus 36°. Cette femme entre à la Clinique le 19 juillet 1890, à 8 heure du soir, étant en travail depuis le même jour, à midi. La dilatation se fait rapidement, elle est complète à 11 heures. Mais la période d'expulsion est très longue, les contractions utérines sont très espacées, et à 3 h. 25 du matin, 4 heures après la dilatation complète, la rotation n'est pas terminée et la tête ne progresse pas. Les battements du cœur fœtal sont normaux et le liquide amniotique n'est pas vert.

M. Dubost, externe du service, fait une application de forceps et extrait la tête en O. P. par une prise un peu irrégulière, la cuiller droite encadrant l'oreille, et la gauche sur la bosse pariétale.

A 4 h. 14, première tentative de délivrance qui échoue. Pensant que la vessie peut par sa réplétion causer cette difficulté, on en pratique le cathérisme qui amène 210 gr. d'urine. Le fond de l'utérus est à 21^e au-dessus de la symphise. L'externe qui pratique le toucher trouve le placenta présentant la face fœtale dans l'orifice utérin. Le premier temps de la délivrance est accompli. Nous pensons, l'utérus devenant flasque de temps à autre, que la difficulté de l'engagement tient à un excès de volume par hémorrhagie rétro-placentaire. Injection chaude et expectation. A 7 h. 12, on éprouve toujours les mêmes difficultés et on sent les mêmes rapports de l'utérus.

Je pratique le toucher pour me rendre compte de la nature de l'obstacle et je trouve un thrombus vaginal obstruant toute la moitié droite du vagin et de l'excavation. Col inaccessible. La tumeur tendue, rénitente, non douloureuse spontanément ni au toucher, s'arrête en arrière de la ligne médiane.

Rien à la vulve. Tension plus marquée au palper de la fesse voisine dont la peau commence à devenir violâtre au voisinage de la grande lèvre. Etat général parfait. Température 37°. Pouls 80. Pas de symptômes locaux (tension ou douleurs ressenties par la femme).

A 9 heures, M. Pinard fait délivrance par traction et expression combinées.

Grand lavage vaginal. Bandage de corps et bandage en T.

OBSERVATION VII

(Clinique Beaudelocque, 1894, n° 1.083.)

*Secondipare, utérus bicorne. — Présentation du siège.
Enfant de 3.250 grammes. — Thrombus après la
délivrance. — Guérison.*

Marie M..., 30 ans, secondipare, ayant accouché un an auparavant d'un enfant se présentant par le siège, enfant vivant et bien portant. Varices très légères à la jambe gauche. Utérus bicorne. Elle entre à la salle de travail le 9 juillet 1894, à 10 heures du matin ; le fœtus se présente par le siège complet, en position droite transversale. La tête est dans la corne droite, beaucoup plus développée que la corne gauche, la dilatation est grande comme une pièce de 5 francs, les membranes son intactes.

A midi et demi, la dilatation était comme une paume de main, on rompt les membranes et, aussitôt après (midi 45), la femme expulse un enfant vivant du poids de 3.250 grammes. La manœuvre de Mauriceau est faite sans difficulté, par M. Paumelle, externe du service. La délivrance se fait normalement à 2 h. 5 du soir, une heure un quart après l'extraction du fœtus.

Environ 20 minutes après la délivrance, la femme se plaint de crampes douloureuses dans le membre inférieur droit, de douleurs dans la région vaginale et de ténésme. L'attention étant attirée de ce côté, on pra-

tique le toucher vaginal, et on s'aperçoit alors qu'il existe, sur la paroi droite du vagin, une tumeur fluctuante de la grosseur d'une orange, arrivant jusqu'à la vulve. Tamponnement vaginal à la gaze iodoformée; quelques instants après, la gaze est complètement imbibée de sang, il s'en écoule même une quantité assez notable au dehors. Ce premier tampon retiré, on fait une injection dans la cavité du thrombus, cavité assez considérable en longueur et surtout en profondeur, et un deuxième tamponnement, avec quatre paquets de gaze iodoformée. La femme ne perd plus, le pouls est à 108, le facies est assez décoloré.

On continue le tamponnement pendant dix jours, la température ne s'élève pas au-dessus de 38°. La femme quitte la Clinique au bout de quinze jours; on ne sent plus d'orifice à la paroi vaginale, il y a du tissu cicatriciel sur une étendue de 2 à 3 centimètres.

OBSERVATION VIII

(Clinique Baudelocque, 1894, n° 1.446).

*Primipare de 27 ans. — Grossesse gémellaire. —
Thrombus après la délivrance. — Guérison.*

F..., Victorine, primipare de 27 ans, entre le 5 septembre 1894 dans le service, avec une dilatation comme une pièce de 1 franc; *pas de varices*; léger œdème des jambes et albumine en quantité assez notable dans les urines.

Au palper, on perçoit une tête en bas engagée, une autre tête dans la fosse iliaque droite, deux sièges très distincts au fond de l'utérus.

La dilatation est complète à 5 heures du soir ; le premier fœtus est expulsé à 7 h. 55. Aussitôt après avoir posé une double ligature sur le cordon, on s'assure de la présentation du deuxième fœtus ; la tête est au détroit supérieur, on rompt les membranes et l'expulsion a lieu à 8 h. 10.

Quelque temps après la délivrance, cette femme est un peu pâle ; elle dit éprouver du ténesme ; d'autre part, il ne sort pas de caillots à la vulve. On pratique alors le toucher, et on constate la présence d'un thrombus plus gros qu'un œuf de poule, occupant la partie droite du vagin.

La pâleur n'augmente pas, le pouls est bon et le thrombus ne paraît pas s'étendre, la femme est soigneusement surveillée. à minuit, elle est en très bon état.

Elle quitte le service, guérie, après dix jours, sans avoir jamais eu d'élévation de température.

OBSERVATION IX

(Clinique Baudelocque, 1894, n° 1.370.)

Secondipare de 28 ans. — Liquide amniotique abondant. — Période d'expulsion de 1 h. 11/2. — Enfant de 4.000 grammes. — Thrombus après la délivrance. — Guérison.

C..., Rose, 28 ans, secondipare, ayant été accouchée la première fois aux forceps, entre au dortoir de la Clinique le 11 juin 1894, étant enceinte de 7 mois 1/2 environ. L'utérus est très volumineux (37 centim. au-dessus de la symphise), le liquide amniotique est très abondant, le fœtus très mobile, pas d'albumine ni d'œdème. *Pas de varices.*

Elle accouche le 25 août 1894, après un travail de 9 h. 11/2, d'un enfant pesant 4.000 grammes, ayant 0,10 de diamètre bi-pariétal, et dont la tête est restée à la vulve 1 h. 11/2 en période d'expulsion.

Aussitôt après la délivrance, l'utérus restant très mou, on fait une injection intra-utérine, et on s'aperçoit de la présence d'un thrombus sur la paroi vaginale droite. Tamponnement à la gaze iodoformée, bandage de corps et bandage en T.

La femme sort guérie au bout de quinze jours, sans avoir eu de température élevée.

OBSERVATION X

(M. Varnier. Clinique Baudelocque: 1893, n° 1.841.)

Thrombus après la délivrance.

Jeanne D..., 22 ans, domestique, secondipare, entre au dortoir le 21 novembre 1895. Présentation du sommet en C. T. tête non engagée, le bassin est normal. *Pas de varices.*

L'accouchement et la délivrance sont normaux, mais aussitôt après la délivrance, la femme éprouve subitement une douleur à l'anus, avec une envie très vive de pousser et d'aller à la selle. En même temps, elle présente tous les signes d'une hémorrhagie considérable : pâleur, nausées, pouls petit et rapide (116, 130, 140 pulsations à la minute). Cependant l'utérus est très dur et contracté, et il ne se présente pas de sang au dehors.

Le toucher vaginal fait reconnaître dans le vagin une tumeur molle et fluctuante, occupant tout le côté droit de la fosse ischio-rectale. Le doigt assiste à la formation de cet hématome, et petit à petit, la tumeur se tend de plus en plus, et acquiert le volume d'une petite orange.

Injection vaginale, tamponnement à la gaze iodoformée, bandage compressif sur la vulve. La femme est transportée dans une chambre. Pouls 140. T. 37,8.

Dans les jours suivants, il n'y a aucune élévation de

température. L'hématome est resté stationnaire jusqu'au vingt-cinquième jour, sans qu'il y ait aucun phénomène local ni de douleur très vive. A partir de ce moment, la tumeur commence à diminuer de volume, mais à mesure que sa base d'implantation diminue, elle durcit et se tend.

Repos au lit.

Le 12 décembre, la tumeur offre le volume d'une mandarine, débordant un peu la ligne médiane en avant; la base d'implantation de la tumeur se continue avec la paroi vaginale sans bourrelet saillant ni ligne de démarcation très nette.

18 décembre : M. Pinard trouve la tumeur très diminuée, volume d'une demi-mandarine. Il conseille le départ.

OBSERVATION XI (D^r Chaintre, *Lyon-Médical*, 1890).

Présentation de l'épaule. — Thrombus après la délivrance. — Guérison.

Dorothée B..., 43 ans, tailleuse, a eu trois grossesses antérieures, à marche simple, avec présentation du sommet. Le bassin est normal. Pendant la grossesse, on n'a pas constaté de varices des membres inférieurs.

On amène cette femme à la Maternité après la rupture de la poche des eaux.

Présentation A. I. D. On anesthésie la malade. M. Vincent pratique la version podalique et extrait un enfant vivant. Une heure et demie après l'accouchement, douleurs vives dans le bassin *avec nouvelles envies de pousser*. En examinant le vagin, on constate la présence d'un thrombus du volume d'un œuf, occupant les parois latérales gauches du vagin. La tumeur est noirâtre, nettement fluctuante. Teinte ecchymotique très marquée de la grande lèvre gauche, s'étendant jusqu'à l'anus et accompagnée d'un œdème considérable. On ne touche pas à la collection sanguine que l'on saupoudre seulement d'iodoforme, après avoir fait les irrigations antiseptiques d'usage. La malade est pâle et faible. On prescrit des potions alcoolisées et du vin de Champagne.

Le lendemain, pendant une injection vaginale, le thrombus s'ouvre brusquement et laisse échapper une assez grande quantité de caillots noirâtres baignant dans du sang de couleur également foncée.

Immédiatement après, la malade déclare être notablement soulagée. — Lavages au sublimé (1/1000); on pulvérise de l'iodoforme sur la collection sanguine :

Le troisième jour après l'accouchement, on constate que l'orifice du thrombus est en voie de cicatrisation.

Au dixième jour, la cicatrisation est complète. L'œdème siégeait dans les grandes lèvres gauches, et est allé progressivement en diminuant pour disparaître au huitième jour.

Depuis l'évacuation de la collection, les douleurs ont complètement disparu. L'état général est meilleur. La température, prise matin et soir, n'a jamais dépassé 37°.

Le 13^e jour, la malade quitte la Maternité, complètement remise.

OBSERVATION XII (D^r Chaintre *Lyon-Médical* 1890).

Secundipare de 26 ans. — Expulsion en occipito-sacrée. — Thrombus s'opposant au passage de la tête. — Ouverture du thrombus. — Guérison.

Céleste B..., 26 ans, couturière. Un accouchement antérieur dont les suites ont été mauvaises. La malade paraît avoir eu une pelvi-péritonite qui l'a obligée à garder le lit pendant cinq mois. On constate pendant les derniers temps de la grossesse un gonflement non douloureux de la veine fémorale gauche. Pendant les deux derniers mois, il y a eu de l'œdème des membres inférieurs. Le bassin est normal. La présentation se fait en O. I. G. P. qui se transforme en postérieure directe pendant la descente. Les douleurs sont très vives.

Dans les derniers moments du travail, on s'aperçoit que la lèvre antérieure du col est pincée entre la symphise pubienne et la tête fœtale. On constate presque immédiatement après, la présence d'une tumeur fluc-

tuante envahissant toute la lèvre antérieure du col utérin, mais ne s'étendant pas aux parois vaginales.

Au moment où la dilatation du col devient complète pour faciliter la descente de la tête, on essaie de repousser la lèvre antérieure du col. Le thrombus s'ouvre alors, et il s'en écoule une centaine de grammes de sang. — Lavages antiseptiques. — Iodoforme. Pendant les deux premiers jours, œdème et teinte violacée des grandes lèvres. Pas de douleurs ni de température. Le treizième jour, la femme, complètement rétablie, quitte le service.

OBSERVATION XIII

(Dr Chaintre, *Lyon-Médical*, 1890.)

Thrombus après l'accouchement. — Ouverture spontanée le lendemain. — Guérison.

Joséphine C..., 22 ans, domestique. Primipare. Grossesse normale. Présentation en O. I. G. H. avec rotation de la tête sur le périnée. Rupture de la poche des eaux à la vulve. Le travail a duré 7 h. 12. Immédiatement après le passage de l'enfant, on constate l'existence d'une tumeur fluctuante de la grosseur d'un œuf, occupant la paroi latérale gauche du vagin et remontant jusqu'au cul de sac péri-utérin sur lequel elle n'empiète pas.

Le lendemain, en faisant le pansement des organes

génitaux, on trouve dans celui de la veille une assez grande quantité de caillots noirâtres.

Le thrombus s'est ouvert dans la nuit. La malade ne souffre pas. Il y a de l'œdème des grandes lèvres, surtout marquée à gauche.

Deux jours après, la surface de la poche sanguine offre une couleur noirâtre, rappelant la teinte sphacèle.

Température rectale : $37^{\circ} 2$.

Quatre jours après, l'œdème des grandes lèvres a complètement disparu. Au huitième jour la perforation du thrombus est complètement cicatrisée.

La malade sort guérie douze jours après son entrée.

OBSERVATION XIV

Publiée par Al. Walter 4 R. C. P. M. R. C. S. dans
le *British Méd. Journal*, 1894, I. 62.

Thrombus s'opposant à l'expulsion de la tête fœtale.

— *Forceps.* — *Rupture du thrombus.* —
Guérison.

Le 20 octobre 1893, je fus appelé en hâte auprès d'une femme. Le mari vint me chercher à 10 h. 30 du matin et me dit qu'une sage-femme (inexpérimentée) était auprès de sa femme depuis deux heures du matin et ne pouvait se tirer d'affaire. À mon arrivée je fus informé par la sage-femme que la femme *avait perdu la tête* depuis huit jours. Le travail était cependant naturel jusqu'à ce qu'apparût une tumeur qui s'opposait

au passage de la tête. Aucune des personnes présentes ne put me dire quand était apparue la tumeur.

La parturiente, femme assez délicate, âgée de 37 ans, portait sur l'abdomen deux cicatrices d'incisions faites pour des *abcès abdominaux*, douze ans auparavant. Elle avait eu quatre enfants, pas de fausses couches. Elle n'avait jamais *souffert de varices*. La lèvre gauche avait à peu près le volume d'une tête violacée et brillante, la peau en était très tendue, toutes circonstances dues à un hématome. En introduisant le doigt pour faire le tour de cette tumeur, je sentis la tête très basse, mais ne progressant pas, malgré les plus violents efforts.

J'administrai du chloroforme, plaçai le forceps difficilement et commençai la traction tout en déprimant l'hématome. Pendant le deuxième effort, l'hématome s'ouvrit et un gros caillot fut projeté sur le lit ; il n'y eut pas d'hémorrhagie consécutive et je pus extraire facilement un enfant vivant du sexe féminin. Le placenta fut extrait sans difficulté.

Il y avait une déchirure nette, d'environ trois pouces de long, sur la lèvre, déchirure donnant accès dans une large cavité que j'irriguai avec la solution de Conty (c'est-à-dire du perchlorure d'hydrargyre au 1/1500), et pansai avec du coton hydrophile. La malade guérit très bien en 14 jours.

CONCLUSION

1° Le thrombus puerpéral est une tumeur sanguine volumineuse qui se produit sur les parois du vagin ou de la vulve, avant, pendant ou après l'accouchement.

2° Il peut, s'il se produit pendant le travail, être un retard pour l'expulsion du fœtus ou du placenta.

3° Son siège est variable ; le plus souvent on le trouve dans l'une des parois latérales du vagin, il peut remonter assez haut ou faire saillie dans les grandes lèvres.

4° Il est produit par le traumatisme, agissant sur les tuniques vagino périnéales très lâches et très vasculaires. — Analogue, tant qu'au mécanisme, au céphaloematome du nouveau-né. (Pinard.)

5° Le diagnostic s'appuie sur les phénomènes

généraux de l'hémorrhagie, l'apparition du ténésme rectal et la présence subite d'une tumeur.

6° Le pronostic est amélioré depuis l'emploi des traitements antiseptiques.

7° Le tamponnement vaginal antiseptique avec ou sans ouverture de la collection, constitue le traitement.

Vu par le Président de la Thèse,

PINARD

Vu, le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

- DELBET. — Traité des suppurations pelviennes.
- DENEUX. — Mémoire sur les tumeurs sanguines de la vulve et du vagin, 1830.
- HERVIEUX. — Traité des maladies puerpérales.
- BLOT. — Tumeurs sanguines de la vulve et du vagin. — Thèse d'agrégation, 1853.
- LABORIE. — Histoire des thrombus de la vulve. Mémoire 1860.
- Dictionnaire encyclopédique.* Art. céphaloématome.
- PERRET. — Tumeurs sanguines intra-pelviennes. Thèse 1864.
- GIRARD. -- Thrombus vaginal. Thèse 1874.
- CROOM. — Etiology of Hematoma during Labor. Tr. Edimb. Obst. Soc. 1886.
- BILL. — Thromb. puerp. Tr. Ac. M. Ireland. Dub. 1886.
- CAZEAUX. — *Gazette Médico-chirurgicale*, février 1856.
- Mme LACHAPELLE. — Traité d'accouchement.

